E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS

CON C.C Nº 1082915587

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262401**	**DE FECHA INICIO**	**19/06/2026**

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)**
1	Obre con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor
2	Realice todas y cada una de las funciones descritas en el numeral 2 del estudio de conveniencia.
3	Aporte a la ESE la hoja de vida y documentos de identificacion que le sean solicitados.
4	Garantice la presencia oportunamente, cuando se requieran hacer los procedimientos, las consultas e interconsultas en cualquiera de los servicios de la ESE dichas interconsultas deben ser respondidas en un plazo no mayor de 24 horas despues de haber sido solicitada, quiera servicico de la ESE dichas interconsultas deben ser respondidas en un plazo no mayor de 24 horas despues de haber sido solicitadas.
5	Atendi a los pacientes en el turno y en area asignada por la ESE.
6	Realice la entrevista diaria la cual consiste en valoracion, seguimiento, evoluciones, ordenes, RIPS de los pacientes hospitalizados de lunes a viernes. A demas las consultas.
7	Cumpli con el diligenciamiento de RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluacion, facturacion de la E.S.E
8	Diligencie la historia clinica de los pacientes cumpliendo con los parametros establecidos en la resolucion No. 1995 de Julio 08 de 1999 y demas normals legales.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9506822602	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**07/07/26**	**$ 300000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**07/07/26**	**$ 384000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**07/07/26**	**$ 58500**

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	**1.082.915.587**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082915587		SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 66B # 46A-15 VILLA LUZ	SANTA MARTA-MAGDALENA	4251900	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	460996254	9506822602	I	2026/07/22	2026/07/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$742,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500
1	CC	1082915587 SANCHEZ YULEIDY	R																	23030 1	30	$2,400,000	$384,000	EPS002	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,400,000	2.436%	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$0	$0	$384,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$384,000	$0	$0	$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$0	$0	$58,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$58,500	$0	$0	$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$300,000	$0	$0	$300,000
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$0**	**$0**	**$742,500**